

BIOLOGIE DELOCALISEE

<p>Version 02 10/2016 Imprimé le/20.....</p>	<p>Etiquette patient ou : N° entrée : Nom : _____ Prénom : _____ DDN : _____ Nom JF : _____ Sexe : M __ F __ X __ </p>	<p>Etiquette UF ou : Nom UF : _____ N° UF : __ __ __ __ </p>
---	---	--

Code Maquette: BD2



Lecture scanner : ne pas plier ni froisser ; cocher correctement les cases au stylo bille.

Date et heure du prélèvement

<p>Jour</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10</td><td><input type="checkbox"/> 20</td><td><input type="checkbox"/> 30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7</td><td><input type="checkbox"/> 8</td><td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<p>Mois</p>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> jan</td><td><input type="checkbox"/> fév</td><td><input type="checkbox"/> mar</td><td><input type="checkbox"/> avr</td><td><input type="checkbox"/> mai</td><td><input type="checkbox"/> jun</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> jui</td><td><input type="checkbox"/> aoû</td><td><input type="checkbox"/> sep</td><td><input type="checkbox"/> oct</td><td><input type="checkbox"/> nov</td><td><input type="checkbox"/> déc</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> jan	<input type="checkbox"/> fév	<input type="checkbox"/> mar	<input type="checkbox"/> avr	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> jun	<input type="checkbox"/> jui	<input type="checkbox"/> aoû	<input type="checkbox"/> sep	<input type="checkbox"/> oct	<input type="checkbox"/> nov	<input type="checkbox"/> déc	<p>Année</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16</td><td><input type="checkbox"/> 17</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (20..)</td><td><input type="checkbox"/> 18</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 19</td><td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> (20..)	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19							
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 30																																					
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																																					
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6																																					
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9																																					
<input type="checkbox"/> jan	<input type="checkbox"/> fév	<input type="checkbox"/> mar	<input type="checkbox"/> avr	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> jun																																		
<input type="checkbox"/> jui	<input type="checkbox"/> aoû	<input type="checkbox"/> sep	<input type="checkbox"/> oct	<input type="checkbox"/> nov	<input type="checkbox"/> déc																																		
<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17																																						
<input type="checkbox"/> (20..)	<input type="checkbox"/> 18																																						
<input type="checkbox"/> 19																																							
<p>Heures</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 6</td><td><input type="checkbox"/> 7</td><td><input type="checkbox"/> 8</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td><input type="checkbox"/> 10</td><td><input type="checkbox"/> 11</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12</td><td><input type="checkbox"/> 13</td><td><input type="checkbox"/> 14</td><td><input type="checkbox"/> 15</td><td><input type="checkbox"/> 16</td><td><input type="checkbox"/> 17</td><td><input type="checkbox"/> 18</td><td><input type="checkbox"/> 19</td><td><input type="checkbox"/> 20</td><td><input type="checkbox"/> 21</td><td><input type="checkbox"/> 22</td><td><input type="checkbox"/> 23</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<p>Minutes</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05</td><td><input type="checkbox"/> 10</td><td><input type="checkbox"/> 15</td><td><input type="checkbox"/> 20</td><td><input type="checkbox"/> 25</td><td><input type="checkbox"/> 30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 35</td><td><input type="checkbox"/> 40</td><td><input type="checkbox"/> 45</td><td><input type="checkbox"/> 50</td><td><input type="checkbox"/> 55</td><td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 55	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11																												
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23																												
<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 30																																		
<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 55																																			

Prescripteur : Tél : Préleveur : Tél :
 (Obligatoire) (Obligatoire)

HEMATOLOGIE

BIOCHIMIE

iStat
(Prélèvement sang au bout du doigt)

INR

AQT90
(Tube EDTA 5mL)

D.Dimères

POCH100 ou Horiba
(Tube EDTA 5mL)

Numération sanguine

iStat
(Seringue héparinée GDS PICO)

Créatinine

AQT90
(Tube EDTA 5mL)

Troponine

NTproBNP

CRP

ABL 80/90
(Seringue héparinée GDS PICO)

Gaz du sang Artériel

Gaz du sang Veineux

ABL 90
(Seringue héparinée GDS PICO)

Iono (Na, K, Cl)

Calcium ionisé

Glucose

Lactates

Bilirubine

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :